Beitrag zu den Unglücksfällen bei geburtshilflichen Operationen und ihrer gerichtsärztlichen Begutachtung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

K. B. Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

vorgelegt von

Otto Stock
aus Weimar.

Tag der mündlichen Prüfung: 7. Dezember 1911.

Erlangen 1911.
Druck der Univ.-Buchdruckerei von E. Th. Jacob.

Referent: Professor Dr. Seitz.
Dekan: Professor Dr. Jamin.

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154019_0056

Unter all den Unglücksfällen, die bei Ausübung der ärztlichen Praxis zur gerichtlichen Beurteilung kommen, nehmen wohl unstreitig die Unglücksfälle bei operativen geburtshilflichen Eingriffen den breitesten Raum ein. Die ganze Lage des Operationsgebietes, die äusseren, meist ganz erheblich ungünstigen Raum-, Desinfektions- und ähnlichen Verhältnisse, denen in der grössten Mehrzahl der Fälle der gewöhnlich auf dem Höhepunkt der Gefahr erst herbeigerufene Arzt sich zu unterziehen hat, sprechen schon dafür. In unseren Kliniken mit ihren der Neuzeit entsprechenden Einrichtungen und ihren zahlreichen ausgebildeten Hilfskräften sind ja derlei Fälle, wenn auch nicht ganz ausgeschlossen, so doch auf ein Minimum beschränkt, während draussen, zumal dem ohne alle wesentliche Unterstützung zum eingreifenden Handeln gezwungenen Landarzte bei noch so guter Ausbildung und noch so umsichtigem Handeln ein Unglück passieren kann, das womöglich ihn um die oft schwer errungene Existenz zu bringen geeignet ist. Unterliegt doch kaum irgend wo das Handeln des Arztes mehr der Kritik des Laien als bei der Ausübung von geburtshilflichen Massnahmen.

Abgesehen von den eingangs erwähnten misslichen Nebenumständen spielt aber die bedeutendste Rolle wohl die beträchtliche Veränderung des weiblichen Genitalapparates vor, während und nach der Geburt. Und so kann es nur leider leicht geschehen, dass mit oder ohne Zutun des Arztes eine Katastrophe eintritt. Die ohnehin

schon meist im Dunkeln arbeitende, nur vom Tastgefühl geleitete Hand kann sicht oft selbst bei schonendster Vorsicht im Vordringen verirren und eine Ruptur ist da und das Unglück geschehen. Ein Einriss, der einstweilen durch durchtretende Kindsteile verborgen war und nach deren Austritt sich durch jäh hervorschiessende enorme Blutmengen dokumentiert, zwingt den Arzt zum allerschleunigsten Handeln, wenn überhaupt noch Hilfe zu erwarten ist. Es ist hier nicht der Ort, all die verhängnisvollen Möglichkeiten auszuführen, mit denen der Geburtshelfer zu rechnen hat, die Tatsache aber sei nochmals kostatiert, dass er mehr und leichter wie jeder andere Arzt zur gerichtlichen Verantwortung gezogen wird; zuweilen sicher mit Recht, oft aber auch wohl als ein Unschuldiger.

Nicht nur, dass durch die austreibenden Kräfte die anatomischen Verhältnisse der in Betracht kommenden Organe wesentlich anders sich gestalten, bilden auch oft an sich unbedeutende Zufälle, wie leichte Blutungen, durch kleine Einrisse, geplatzte Varicen und dergleichen entstanden, ein unter Umständen peinliches Hindernis für die Uebersichtlichkeit des Operationsgebietes.

So führt zum Beispiel Säxinger eine Anzahl Fälle an, bei denen es sich selbstverständlich um schwere Kunstfehler im wahren Sinne des Wortes handelt. Zu seinen Beobachtungen zählt er unter andern auch das Abreissen des Kopfes bei einem lebenden oder kürzlich abgestorbenen, kräftig entwickelten Kind, gewaltsames wiederholtes Anlegen der Zange bei markstückgrossem Muttermund und stark verengtem Becken, Durchstossen eines Zangenlöffels durch das Scheidengewölbe in die Bauchhöhle, Perforation des Kreuzbeins mit dem Trepan anstatt des kindlichen Kopfes und zahlreiche andere grobe Kunstfehler, die wohl auch in den Augen eines denkbarst human Urteilenden unnachsichtliche Sühne verlangen dürften. Dass grobe Fahrlässigkeit bei der Ausübung

von geburtshilflichen Operationen, sowie Unterlassung unbedingt notwendiger Eingriffe während oder nach einer Geburt ebenso strafbar sind, unterliegt keinem Zweifel. Doch als weitaus häufigere Fälle kommen wohl jene zur Beurteilung, in denen es äusserst schwierig ist, ein Urteil zu fällen, ob den Arzt an dem Unglück überhaupt ein Verschulden trifft.

Einige sprechende Fälle hiervon unter Beifügung eingehender Gutachten legt v. Franqué dar, deren hier kurz Erwähnung getan sein soll.

Fall I. Ausreissung der ganzen Gebärmutter statt manueller Plazentarlösung.

Der praktische Arzt X. wurde zu einer soeben spontan von einem gesunden Kinde entbundenen Frau gerufen, bei welcher eine schwere Blutung eingetreten war. Die Nachgeburt war noch nicht gefolgt. Schon bei einigen vorausgegangenen Geburten war wegen schwerer Nachblutungen Plazentarlösung nötig gewesen. Diesmal Versuch der Lösung durch den Crédé'schen Handgriff. Im Anschluss daran an der hochgradig ausgebluteten Frau manuelle Entfernung, bei welcher Operation der ganze Uterus mit Adnexen und die noch darin befindliche Plazenta herausgerissen wird. Unmittelbar darauf Tod der Frau.

Es wurde Klage gegen den Arzt eingereicht.

Aus dem Obduktionsbefund ist der Umstand wesentlich, dass weder Blase noch Darm verletzt waren; im kleinen Becken, aus welchem der Uterus herausgeschält war, fand sich eine mässige Menge, etwa 100 gr. Blut, die Leiche ist hochgradig anämisch.

Das Gutachten der Gerichtsärzte gibt als Ursache des Todes die Blutung infolge Losreissens der Gebärmutter an. Die Gebärmutter, von v. Franqué selbst untersucht, zeigte auf der linken Seite einen etwa 7 cm langen Riss und an der Aussenfläche einige oberflächliche Ver-

letzungen und war glatt von der Scheide abgetrennt. Der Arzt verteidigt sich mit der Angabe, dass er mit der Hand in einen schon vorher entstandenen Einriss in die Gebärmutter geraten sei, da die massenhaft vorhandenen Blutgerinnsel die Orientierung verhindert hätten.

Die Anklageschrift behauptet dagegen, selbst wenn die Blutung infolge eines vielleicht spontan entstandenen Gebärmutterrisses lebensgefährlich war, doch die Blutung infolge der Lösung und Extraktion der Gebärmutter absolut tödlich gewesen sei, sodass also dieser grobe Kunstfehler die unmittelbare Todesursache der verstorbenen Wöchnerin war.

Die Staatsanwaltschaft ersucht um das Gutachten der Fakultät, insbesondere Sicherstellung folgender Umstände:

I. Ob es in Anbetracht der festgestellten Beschaffenheit der Wöchnerin überhaupt vom ärztlichen Standpunkt aus angezeigt war, die manuelle Lösung der Nachgeburt zu versuchen.

II. Ob anzunehmen ist, dass der Einriss in der Gebärmutter schon vor dem manuellen Eingriff des Beschuldigten vorhanden war, oder aber, ob der Einriss erst durch diesen Eingriff herbeigeführt wurde.

III. Ob der Einriss in die Gebärmutter und die infolgedessen eingetretene Blutung an sich schon den Tod der Wöchnerin unbedingt herbeigeführt hätte, oder ob dessen ungeachtet die Möglichkeit der Genesung vorhanden war, wenn ihr die Gebärmutter nicht herausgenommen wäre.

IV. Ob der Irrtum des Beschuldigten (Verwechslung der Gebärmutter mit der Plazenta) vom ärztlichen Standpunkt aus entschuldbar ist, oder ob ein Ärzt bei der im vorliegenden Falle gegebenen Sachlage (Einriss in die Gebärmutter) richtig orientiert und die Nachgeburt und Gebärmutter sofort unterscheiden sollte.

In ihrem Gutachten widerlegt die Fakultät zunächst einmal die Behauptung, dass das Herausreissen der Gebärmutter an und für sich eine absolut tödliche Verletzung sei. Sie weist auf eine Reihe von Fällen hin, in denen Aerzte das gleiche Missgeschick hatten und wo trotzdem die Frauen genasen. Ferner sprechen das Vorhandensein von nur 100 gr. Blut in der Bauchhöhle bei der Obduktion sowie der unmittelbare Tod nach der Operation schon dafür, dass der Tod die Folge der vorausgegangenen schweren Blutung war. Also liegt für die Behauptung der Anklageschrift kein Beweis vor.

Die Antwort auf Frage I bejaht das Gutachten nicht nur, sondern erklärt den Arzt sogar für verpflichtet, bei der in diesem Fall bestehenden Gefahr der Erneuerung der Blutung, die Plazenta zu entfernen.

Bei Frage II lässt sich nicht absolut sicher feststellen, ob der Gebärmutterriss vorher oder durch die Operation des Beklagten erfolgte. Es wird aber ausführlich darauf hingewiesen, dass ein Einriss in Fällen wie diesem, bei einer VIII. Para, die schon mehrfache Nachgeburtslösungen durchgemacht hat, im Momente der Ausstossung der Frucht vorkommen kann. Aber auch für den Fall, dass der Arzt selbst den Einriss verursachte, könne er nicht schuldig gesprochen werden, wobei auf die oft ausserordentlich grosse Zerreisslichkeit des Uterus, zumal wie in diesem Falle, bei Mehrgebärenden und vorher unterleibskranken Frauen, hingewiesen wird.

Frage III ist zum Teil schon beantwortet. War der Einriss vorausgegangen, so war der Tod nicht die unbedingt notwendige, aber doch die sehr häufig eintretende Folge desselben. Aber auch die Herausreissung der Gebärmutter musste nicht unbedingt den Tod zur Folge haben.

Zur IV. Frage erklärt das Gutachten die Verwechslung der Gebärmutter mit der Nachgeburt, nachdem die

Hand einmal in die Bauchhöhle geraten war, für vom ärztlichen Standpunkt aus entschuldbar. Es wird hingewiesen auf die grosse Weichheit der puerperalen Organe, das Vorhandensein massigen Blutgerinnsels und den psychischen Zustand des Arztes in einer solchen entscheidenden Situation, Umstände, die es begreiflich erscheinen lassen, wenn eine sofortige Orientierung nicht gelingt.

Das Gutachten kommt zu dem Schluss: Die in der Anklageschrift vertretene Ansicht, dass der Angeklagte einen groben Kunstfehler begangen habe, ist nicht zutreffend, falls man darunter ein strafbares Verschulden verstehen will; der Angeklagte hat nur bei der Ausübung einer mit Recht als notwendig erkannten Operation einen schweren Misserfolg gehabt, ohne dass man ihn der strafbaren Nachlässigkeit und strafbarer Ausserachtlassung feststehender Regeln der ärztlichen Kunst beschuldigen kann.

Auf Grund dieses Fakultätsgutachtens wurde das Verfahren gegen den angeklagten Arzt niedergeschlagen.

In einem zweiten Fall handelte es sich um eine Gebärmutterzerreissung mit tödlichem Ausgang, sowie Verlassen der Patientin durch den Arzt vor Entfernung der Nachgeburt.

Das Gericht holte ein Fakultätsgutachten ein über die etwaige Schuld eines Arztes am Tode der Wöchnerin.

Eine genaue Geburtsgeschichte liegt nicht vor, da der Arzt nach einer vorläufigen Vernehmung sich durch Abreise ins Ausland der weiteren Vernehmung entzog; es liegt daher nur der Bericht der Hebamme vor, deren Aussagen mit denen der übrigen Zeugen, des Ehemannes und der Tochter der Verstorbenen übereinstimmten. Die Frau hatte 10 lauter ziemlich schwere Geburten hinter sich; diesmal begann die Geburt am 16. I. vormittags 9 Uhr; Blasensprung nachmittags 3 Uhr; als abends

½6 Uhr der Kopf noch nicht ins Becken eingetreten war, schickte die Hebamme zum Arzte, vor dessen Eintreffen schon Blutung bestand. Er stellte die Sache alsbald als sehr ernst hin und entwickelte dann das tote Kind mit den Füssen zuerst nach ¾ Stunden, wobei die Herausbeförderung des nachfolgenden Kopfes sehr schwierig war; die Nachgeburt folgte nicht, obwohl der Arzt sie durch Zug an der Nabelschnur zu entfernen suchte; doch ist von einer weiteren Blutung in keiner der Aussagen etwas erwähnt. Nach ¼ Stunde entfernte sich der Arzt mit der Mitteilung, die Harnblase sei gerissen, augenblicklich sei aber weiter nichts zu tun, da die Nachgeburt nach einigen Stunden selbst kommen werde. Der am nächsten Morgen hinzugerufene Arzt fand vormittags 11 Uhr die Frau schon moribund, fühlte aber in der Scheide neben der Nachgeburt einen mannsfaustgrossen Körper, den er für den Kopf eines zweiten Kindes hielt und vergeblich zu entfernen suchte. Eine Verletzung fühlte er nicht. Er liess wiederholt den ersten Arzt bitten zu kommen, doch dieser erschien nicht. Nachmittags 3 Uhr (17. Januar) starb die Patientin. Am 10. Februar fand die Exhumierung statt. Bei der Obduktion fand sich die Plazenta und Blut zwischen den Gedärmen, ein Riss im Scheidengewölbe, durch welchen die Nabelschnur in die Scheide zog; wegen der Zerreisslichkeit der Gewebe war die genaue Lokalisation der Zerreissung nicht möglich. Die Blase war unverletzt. Die Conjugata diagonalis betrug 12 cm, der Umfang des kindlichen Schädels 40½ cm, sein biparietaler Durchmesser 12 cm.

Die Gerichtsärzte kamen zu dem Schluss, dass ein Verschulden des Arztes an dem Tode nicht nachweisbar sei.

Die Angehörigen schrieben dem ersten Arzt die Schuld an dem Tode der Wöchnerin zu, indem sie behaupteten, er habe mit den Ringen operiert und so die Frau verletzt, habe sich auch nicht genügend desinfiziert

und habe endlich dadurch, dass er die Wöchnerin verlassen habe, seine Pflicht verletzt und so den Tod verschuldet.

Das Fakultätsgutachten sprach sich dahin aus, dass aus der stattgefundenen Zerreissung eine Schuld des Arztes nicht abgeleitet werden kann. Es ist nicht ausgeschlossen, dass sie schon vorher spontan entstanden war, da schon vor der Operation durch den betreffenden Arzt Blutung bestand. Denn nach dem Obduktionsbericht handelte es sich um ein räumliches Missverhältnis zwischen einem abnorm grossen Kopf und einem mässig verengten Becken, wobei nicht allzu selten solche Zerreissungen entstehen. Auch könnten sich dabei die Verhältnisse so gestalten, dass die schon vorher vorbereitete Zerreissung während des notwendigen Eingriffes entstand oder durch diesen vollendet wurde. Auch die anderen Vorwürfe der Angehörigen werden durch das Gutachten widerlegt. Was das Verlassen der Patientin anbetrifft, so war der Arzt dazu befugt, da er der Ansicht war, dass er zurzeit nichts für sie tun könne und es besser sei, sich abwartend zu verhalten; denn nach der Operation bestand keine äussere Blutung. Sein späteres Verhalten, so ungeschickt es auch war, hat zu dem Schicksal der Patientin nichts mehr beigetragen.

So lautete das Fakultätsgutachten gleichfalls dahin, dass aus den Akten nichts vorliege, was ein Verschulden des ersten Arztes an dem Tode der Wöchnerin annehmen lässt.

Was die Unglücksfälle bei manueller Plazentarlösung betrifft, so stellt O s w a l d 50 Beobachtungen über Uterusruptur zusammen. 10mal wurde das Organ bei der Operation zerrissen, 15mal der ganze Uterus mit oder ohne Inversion, zum Teil mit Zerreissung der Harnblase herausgeholt.

Es sei mir gestattet, einen an hiesiger Klinik zur Begutachtung vorgelegten, sowie einen hier zur Heilung

gebrachten Unglücksfall bei geburtshilflicher Operation aufzuführen.

Fall I. Zerreissung der linken Gebärmutterwand bei manueller Plazentarlösung, Tod durch Verblutung.

Am 14. Oktober 10 Uhr vormittags wurde der praktische Arzt Dr. Sch. zu einer IV. Para gerufen. Die anwesende Hebamme hatte bereits die Geburt eines 7monatlichen Kindes zu Ende geführt, das tot war; die Nachgeburt war noch nicht gekommen. Eine äussere Blutung war nach Aussage der Hebamme nicht erfolgt. Wie Dr. Sch. berichtet, versuchte er zunächst durch äussere Handgriffe die Nachgeburt herauszupressen, aber ohne Erfolg. Er ging sodann vorsichtig in die Scheide ein und fand diese, sowie den unteren Gebärmutterteil mit Blutgerinnsel angefüllt. Nach Entfernung dieser Gerinnsel suchte er die Plazenta manuell zu entfernen. Dabei kamen ihm Gebilde in die Hand, die er für Netz und Darm hielt, woraus er auf einen Gebärmutterriss und eine Blutung in die Bauchhöhle schloss. Er verzichtete auf weiteres Manipulieren, stopfte die Höhle mit Jodoformgaze aus und brachte die Frau zu Bett mit tiefliegendem Kopf und hochliegenden Füssen. Sodann verständigte er schleunigst den Spezialarzt Dr. D., der zur Aufnahme in seine Klinik riet. Dies wurde von den Angehörigen entschieden verweigert. So liess denn Dr. Sch. den Dr. D. hinauskommen, der in Narkose die festsitzende Plazenta entfernte und das Ganze fest tamponierte. Kurz darauf starb die Wöchnerin. Von einer Operation behufs Vernähung der Wunde nahm Dr. D. Abstand, da er eine solche für aussichtslos hielt. Des weiteren führt Dr. Sch. Beschwerde über das geradezu rabiate Benehmen des unvernünftigen Ehemannes, der während er (Dr. Sch.) im Uterus manipulierte, an seinem Arme zerrte und alle Massnahmen, die Wöchnerin am Leben zu erhalten, untersagte.

Von grosser Wichtigkeit ist die Aussage des Spezial-

arztes Dr. D., der berichtet, dass die Patientin ihn bereits 6 Wochen vor der Entbindung konsultierte. Er konstatierte damals, dass der Muttermund geöffnet und für 1 Finger gut durchgängig war und dass die Nachgeburt vorlag, also eine Plazenta praevia bestand. Dr. D. machte die Frau auf ihren gefährlichen Zustand aufmerksam, riet ihr, sofort zu Bett zu gehen und bei auftretenden Wehen sofort den nächsten Arzt zu holen, da eine gefährliche Blutung zu befürchten und er zu weit entfernt sei. Er hörte nichts wieder von der Frau bis zu dem Tage, als er telephonisch von Dr. Sch. um Beistand ersucht wurde. Dr. Sch. teilte sogleich bei diesem Gespräch mit, dass er versucht habe, die Nachgeburt zu lösen, vorsichtig wie gewöhnlich eingegangen sei, bald aber nach dem Eingehen sonderbare weiche Gebilde gefühlt habe, über deren Natur er sich nicht recht klar gewesen sei. Er habe dann einen solchen weichen Teil herausgezogen und zu seinem Schrecken gemerkt, dass er den Darm in der Hand hatte. Er habe dann den Darm wieder zurückgebracht und versucht, die Frau richtig zu tamponieren, doch sei ihm dabei der Mann in den Arm gefallen. Dieser habe schon während des Versuches zur Entfernung der Nachgeburt ihn am Arme gepackt; durch dieses Eingreifen des Mannes sei eine kunstgerechte Tamponade, welche eventuell eine Verblutung hätte anhalten können, verhindert worden. Dr. D. kam sodann, da er momentan mit einer Operation beschäftigt war, zirka 2½ Stunden später zu der bereits sterbenden Frau. Die weiteren Bekundungen decken sich mit dem Bericht Dr. Sch.'s.

Aussagen von teilweise entscheidender Bedeutung macht die Hebamme: Sie wurde morgens gegen 1 Uhr gerufen. Sie fand die Wöchnerin unter Schmerzen leidend, aber ohne Wehen vor. Die Temperatur betrug 39,2, der Puls 127. Als die Hebamme durch die Kreissende selbst von dem Rat des Dr. D. erfuhr, dass ein

Arzt bei der Entbindung zugegen sein solle, drang sie auf die Hinzuziehung eines solchen. Gegen 4 Uhr regte die Hebamme wiederum ohne Erfolg die Beiziehung eines Arztes an. Zwischen 4 und 5 Uhr untersuchte sie dann innerlich und zwar, wie sie ganz ausdrücklich betont, ausserordentlich subtil und oberflächlich, da sie den Eintritt von Blutungen fürchtete. Sie fand die Nachgeburt nicht vorliegend und fühlte nur die glatten Eihäute; der Muttermund war zirka zweimarkstückgross. Schliesslich erkannte sie die Längslage der Frucht. Vergeblich versuchte sie wiederum die Beschaffung eines Arztes. Zwischen 6 und 7 Uhr fand eine wiederholte innerliche Untersuchung statt, wobei sie feststellte, dass der Muttermund erweitert war. Fruchtwasser war nicht abgegangen; die Blase war sprungfertig. Eine Blutung fand weder vor, noch nach der um ½8 Uhr stattgehabten Totgeburt in Steisslage statt.

Die Aussage des Ehemannes fördert keine neuen Gesichtspunkte zutage.

Bei der Obduktion fand sich ausser einer allgemeinen Blutarmut sämtlicher Organe im unteren Teil der Gebärmutter und im oberen Teil der Scheide ein 10 cm breites und 10 cm langes Loch mit äusserst zerfetzten Rändern, die mit Blut unterlaufen sind. Das Loch führt direkt in die Bauchhöhle.

Das vom Kreisarzt ausgestellte Gutachten lautet:

Die Möglichkeit, dass durch den Durchtritt des Kindes, bezw. des Kopfes durch die Gebärmutter der Riss in der Gebärmutter entstanden ist, muss zugegeben werden. Gewiss ist auffallend, dass die Frau nach der Geburt des Kindes sich wohl fühlte und keine grössere Blutung erfolgte, wenn bereits ein Gebärmutterriss vorlag. Es ist eben denkbar, dass der Gebärmutterriss nur ein unvollkommener oder sehr kleiner war und erst sich vergrösserte beim Eingehen des Arztes mit der Hand in die Scheide und Gebärmutter.

Ein fahrlässiges Verschulden an dem Tode der H. ist Dr. Sch. insofern anzurechnen, als er die Nachgeburt nicht entfernte oder den Versuch machte, dieselbe zu entfernen, wenn er auch einen Gebärmutterriss in der Gebärmutter, durch die man in die Bauchhöhle gelangte und aus der Netz und Darm vorfielen, konstatiert hatte. Solange die Nachgeburt in der Gebärmutter zurück ist, kann letztere sich nicht entsprechend zusammenziehen und die Möglichkeit einer grösseren Blutung oder eines fortwährend geringen Blutabganges ist gegeben, der für das Leben einer Frau, die schon Blut verloren hat, von schwerwiegender Bedeutung ist. Es ist denkbar, dass die Frau, wenn Dr. Sch. bei seinem ersten Eingriffe die Nachgeburt bei vorhandenem Gebärmutterriss entfernt und die Frau nach Entfernung der Nachgeburt entsprechend behandelt, sie allenfalls in eine Klinik gebracht hätte, wo der Riss hätte vereinigt werden können, unter Umständen am Leben geblieben wäre.

Weiteres halte ich für fahrlässig, dass Dr. Sch., wenn er bei seinem zweiten Eingehen in die Scheide ein Gebilde in die Hand bekam, das er für Netz und Darm halten musste, dieses Gebilde aus der Scheide hervorzog. Er sagt selbst, das, was ich herauszog, war ein Stück Darm mit Netz und zwar ein zusammenhängendes Stück, welches ich sofort hineinschob. Durch dieses Herausziehen eines Stück Darmes mit Netz war die Möglichkeit der Infektion gegeben, die Möglichkeit, dass das betreffende Stück Darm mit Netz mit Krankheitserregern, Erregern von Entzündung und Eiterung, angesteckt wurde.

Für richtiges Handeln hätte ich gehalten, dass der operierende Arzt, nachdem er den Gebärmutterriss beim Eingehen mit der Hand konstatiert hatte, an diesem vorbei mit der Hand in die Gebärmutterhöhle eingegangen wäre und die Nachgeburt manuell gelöst hätte. Nach Entfernung der Nachgeburt wäre eine einwandfreie Tamponade möglich und notwendig gewesen. Je nach dem

Befinden der Frau hätte dieselbe dann auf eine Klinik verbracht, oder ein Spezialarzt zu der Frau in die Wohnung behufs Nähens des Risses gerufen werden können.

Die Angabe Dr. Sch.'s, dass der Gebärmutterhals und überhaupt der untere Teil der Gebärmutter mit Rissen bezw. Narben, die auf solche hindeuten, behaftet war, bestätigte die Sektion nicht, auch nicht die Behauptung, dass der untere Teil der Gebärmutter brüchig war.

Festgelegt ist, dass bei Frau H. schon bei früheren Geburten manuelle Eingriffe notwendig waren, dass in der fraglichen Schwangerschaft schon zirka 6 Wochen vor der Geburt Störungen im Schwangerschaftsverlaufe aufgetreten waren.

Im Gegensatz zu vorliegendem Gutachten steht das ausführlich begründete der hiesigen Frauenklinik (Professor Dr. Seitz).

Von der Vorgeschichte der verstorbenen H. ist zu erwähnen, dass sie bereits 3mal geboren hatte und dass bei den 3 letzten Geburten die Nachgeburt manuell, zweimal durch Dr. K. und einmal durch Dr. W. gelöst werden musste.

6 Wochen vor der in Frage kommenden Entbindung suchte die H. den Spezialarzt Dr. D. auf, weil Blut und Wasser bei ihr abgegangen sei. Dr. D. nahm nach der Beschreibung und auf Grund der Untersuchung an, dass das abgegangene Wasser Fruchtwasser gewesen sei und führte die Blutung auf eine Plazenta praevia zurück. Er schlug ihr deswegen vor, in seiner Klinik zu bleiben und, als dies abgelehnt wurde, riet er ihr, bei Eintritt der Geburt sofort einen Arzt sich zu sichern.

Am 24. Oktober morgens 1 Uhr wurde die Hebamme K. zur H. gerufen. Die H. klagte über grosse Schmerzen im ganzen Leib, ohne dass Wehen nachzuweisen waren. Die Temperatur betrug 39,2, der Puls 127. Die Schmerzen waren so gross, dass die H. ganz ausser sich war, sich nicht auskannte und mit der Hand

an die Wand fuhr. Wegen dieser beängstigenden Erscheinungen drängte die Hebamme den Ehemann, doch einen Arzt zu seiner Frau rufen zu lassen; der Ehemann folgte indess dem Ratschlage nicht. Die grossen Schmerzen dauerten etwa 1/2—3/4 Stunden, nach Auflegen von feuchtwarmen Umschlägen wurde der Zustand besser.

Um 3 1/2 Uhr morgens traten erst regelmässige Wehen ein. Eine erneute Messung in der Früh um 5 Uhr ergab glaublich eine Temperatur von 38,4 oder 38,5; das Kind lag in Steisslage. Nach den Herztönen des Kindes wurde nicht gehört. Zwischen 6 und 7 Uhr ergab die innere Untersuchung durch die Hebamme, dass der Muttermund vollständig erweitert war und die Blase noch stand. Der Blasensprung erfolgte 10 Minuten bis 1/4 Stunde vor dem Durchtritt des Kindes, es traten nach dem Blasensprung bis zur Geburt nur noch 2—3 Wehen auf. Um 7 1/2 Uhr fand die Geburt des Kindes in Steisslage statt. Das Kind wurde spontan bis auf die Schultern geboren, dann blieb es stecken. Die Hebamme musste den Kopf durch Anwendung eines mittelstarken Zuges entwickeln. Das Kind war bei der Geburt bereits tot, der Körper des Kindes war mit Kindspech beschmiert; Hautfetzen hingen nicht ab. Das Kind hatte nach der Feststellung des obducierenden Bezirksarztes Dr. St. eine Länge von 47 cm, ein Gewicht von 2260 gr. und einen Kopfumfang von 33 cm.

Nach der Geburt klagte die H. über keine Schmerzen, erst nach einer halben Stunde stellten sich Nachwehen ein. Die Frau befand sich anscheinend vollständig wohl, sie verlangte zu trinken, schlief auch eine Zeit lang ruhig; eine bleiche Gesichtsfarbe fiel weder der Hebamme noch dem Ehemann auf. Aus den Geschlechtsteilen ging nach der Geburt kein Blut ab, die Hebamme betont, absolut kein Blut.

Da die Hebamme von den letzten 3 Entbindungen wusste, dass nach der Geburt Blutungen eintraten und

dass die Nachgeburt manuell geholt werden musste, hatte sie auf wiederholtes Drängen den Ehemann vermocht, nach einem Arzt zu schicken. Herr Dr. Sch. wurde geholt und kam nach Aussage der Hebamme um ½10 Uhr, nach Aussage des Ehemannes zwischen 10 und 10½ Uhr, also zirka 2—3 Stunden nach der Geburt. Er fand die Frau blass und blutarm aussehend. Sie hatte einen Puls von 110—120. Zeichen einer nach aussen stattgefundenen Blutung konnte er nicht feststellen. Aus dem Verhalten des Pulses schloss er, dass eine Blutung nach innen in die Gebärmutter hinein, die sehr ausgedehnt gewesen sein soll, stattgefunden habe. Er versuchte zunächst durch äussere Handgriffe die Nachgeburt zu entfernen, nach der Aussage der Hebamme hat er den Crédé'schen Handgriff einmal versucht. Da die Nachgeburt durch den äusseren Handgriff nicht zu lösen war, nahm er an, dass sie angewachsen sei und entschloss sich zur manuellen Lösung der Plazenta. Er führte die Hand in die Geschlechtsteile ein, fand die Scheide und den unteren Teil der Gebärmutter mit Blutgerinnseln angefüllt, die er entfernte. Nach der Aussage der Hebamme brachte er dabei nur kleine unbedeutende Blutgerinnsel heraus. Der Ehemann war während dieser Manipulation sehr aufgeregt, fing an zu schimpfen und zerrte an dem Arm des operierenden Arztes.

Hierauf führte Dr. Sch. zum 2. Male seine Hand in die Geschlechtsteile ein, beim Herausziehen hielt er ein Stück Darm in der Hand; er behauptet, dass er ohne Anwendung grösserer Gewalt in die Bauchhöhle gekommen sei und gibt an, dass offenbar schon vorher eine komplette Zerreissung bestanden haben muss. Er schob das Darmstück wieder zurück und tamponierte den Gebärmutterriss mit Jodoformgaze aus, legte die Frau mit dem Kopf tief und wollte Einspritzungen bei ihr machen; der Ehemann verweigerte aber die Erlaubnis dazu. Dr. Sch. fuhr hierauf mit seinem Fuhrwerk an das nächste

Telephonamt und verständigte den Spezialarzt Dr. D. von der Sachlage und bat ihn zu kommen. Dr. D. meinte, er solle die Frau besser in seine Klinik befördern, weil ein solcher Fall nicht gut auf dem Lande behandelt werden kann. Darauf kehrte Dr. Sch. wieder zu der Wöchnerin zurück. Da von Seiten des Ehemannes der Transport der Frau in die Klinik strikt verweigert wurde, schickte er einen Radfahrer zum Telephonamt und liess Dr. D. ersuchen, sobald als möglich herauszukommen. Er selbst blieb bei der Frau, bis Dr. D. mit seinem Assistenten bei der Frau ankam. Dr. D. kam nach seiner Aussage um 3 Uhr, nach der Aussage des Ehemannes und der Hebamme um 4 Uhr an. Er fand die Frau bereits sterbend und machte nur noch auf dringenden Wunsch des Ehemannes die manuelle Lösung der Plazenta. Diesen Befund fasste Dr. D. als eine Bestätigung der von ihm vorher gestellten Diagnose auf Plazenta praevia auf. Die manuelle Lösung der Plazenta machte einige Mühe, die Plazenta sass fest auf der Unterlage, eine entzündliche, bindegewebliche Verwachsung der Plazenta dagegen bestand nicht. Nach Ausführung der Tamponade verschied die Frau nachmittags um 4½ Uhr, d. h. 9 Stunden nach der Geburt und 6—7 Stunden nach dem Versuch Dr. Sch.'s, die Plazenta manuell zu lösen.

Die durch den Bezirksarzt Dr. St. vorgenommene Sektion ergab eine Zerreissung der Gebärmutter auf der linken Seite. Der Riss mass an der auf dem Tisch ausgebreiteten Gebärmutter 10 cm in der Länge und 10 cm in der Breite. Das Loch beginnt 1 cm unterhalb des äusseren Muttermundes und reicht bis in die Gegend des inneren Muttermundes hinauf. Ausserdem bestand eine hochgradige Blutarmut aller Organe, eine Vergrösserung des Herzens und chronisch entzündliche Zustände der Niere.

Bezirksarzt Dr. St. kommt zu dem Gutachten, dass der Tod der H. durch Verblutung infolge eines per-

forierenden Cervixrisses, d. h. einer Gebärmutterzerreissung entstanden ist. Ueber die Frage, ob die Zerreissung spontan durch den Geburtsakt oder ob sie gewaltsam durch die Hand des Dr. Sch. erfolgt ist, kommt er zu folgender Ansicht: Es muss zugegeben werden, dass durch den Durchtritt des Kindes bezw. des Kopfes durch die Gebärmutter der Riss in der Gebärmutter entstanden ist. Es ist zwar auffallend, dass die Frau nach der Geburt des Kindes sich wohl fühlte und keine grössere Blutung erfolgte, wenn bereits ein Gebärmutterriss vorlag. Es sei aber denkbar, dass der Gebärmutterriss nur ein unvollkommener oder nur ein sehr kleiner war und erst sich vergrösserte beim Eingehen des Arztes mit der Hand in die Scheide und in die Gebärmutter.

Wenn also Bezirksarzt Dr. St. den Arzt durch diese Ausführungen von der Schuld, die Gebärmutterzerreissung herbeigeführt zu haben, freispricht, so sieht er in zwei anderen Momenten eine Fahrlässigkeit des behandelnden Arztes, einmal darin, dass Dr. Sch. keinen Versuch gemacht habe, die Nachgeburt nach der Feststellung des Risses noch zu entfernen und zweitens daraus, dass er bei seinem zweiten Eingehen mit der Hand in die Geschlechtsteile das herausgezogene Darmstück wieder in die Bauchhöhle hinaufgeschoben habe; dadurch habe er die Gefahr der Infektion der Bauchhöhle wesentlich erhöht.

Auf Grund des vorliegenden Beweismaterials kann kein Zweifel darüber bestehen, dass Frau H. durch Verblutung infolge Gebärmutterzerreissung gestorben ist. Fraglich ist nur die Entstehung der Zerreissung, ob sie spontan durch den Geburtsverlauf als solchen, oder ob sie gewaltsam durch den behandelnden Arzt Dr. Sch. entstanden ist. Spontanzerreissung der Gebärmutter kommt zweifellos vor; für gewöhnlich sind es schwerere Geburten, Geburten mit grösserem Kind, mit engem Becken, mit abnormen unnachgiebigen Weichteilen. Das

lag hier alles nicht vor. Andere disponierende Momente sind: ungünstige Lage des Kindes, vorzeitiger Fruchtwasserabfluss, bestehende Infektion, abnorme Brüchigkeit der Gebärmutter etc.

Um nachzuweisen, ob solch disponierende Momente vorhanden waren, muss auf den Geburtsvorgang als solchen genauer eingegangen werden.

Nach den Aussagen der Zeugen, des Ehemannes und der Hebamme, hat man den Eindruck, als ob es sich um eine regelmässige und, wie der Ehemann meint, sogar leichte Geburt gehandelt haben; für den Sachverständigen indess ergibt sich, dass die Geburt keineswegs so glatt war, wie es auf den ersten Augenblick scheint, und dass eine Reihe von Regelwidrigkeiten bestanden, die dem Ehemann völlig und der Hebamme zum Teil entgangen sind.

Dr. D. stellte 6 Wochen vor der Niederkunft der Frau H. fest, dass Fruchtwasser abgegangen sei und dass Plazenta praevia vorliege. Wenn auch bei der Sektion der Mutterkuchen höher sitzend gefunden wurde, so kann es doch keinem Zweifel unterliegen, dass der Mutterkuchen mit seinem Rand ungewöhnlich tief herunterragte und ein sogenannter Tiefsitz der Plazenta bestand; denn nur so lässt sich die Blutung bereits 6 Wochen vor der Geburt und so der Befund von Dr. D. erklären, der beim Eingehen in den Muttermund bei der manuellen Lösung sofort auf den Rand der Plazenta stiess. Als die Hebamme in der Nacht um 1 Uhr zu Frau H. kam, bestand eine Temperatursteigerung von 39,2, der Puls war 127. Es waren ungewöhnlich heftige Schmerzen im Unterleib vorhanden, ohne dass Wehen sich nachweisen liessen.

Eine Temperatursteigerung während der Geburt kann naturgemäss gelegentlich auch von einer zufälligen Erkrankung herrühren. In der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich indess um ein Fieber,

das von einer Infektion in den Geschlechtsteilen seinen Ausgang nimmt. Gerade bei bestehender Infektion treten häufig ausserordentlich schmerzhafte und krampfhafte Zusammenziehungen der Gebärmutter auf, und es ist durchaus ungezwungen, wenn die rasenden Schmerzen, die Frau H. bei der Ankunft der Hebamme hatte, mit tetanischen Zusammenziehungen der Gebärmutter erklärt werden.

Die tetanischen Zusammenziehungen liessen ungefähr um 3 Uhr nach durch Anwendung von feuchtwarmen Umschlägen und es scheinen späterhin regelmässige Wehen sich eingestellt zu haben. Auch ging die Temperatur etwas herunter, doch war auch um 5 Uhr immerhin noch ein Fieber von 38,5 oder 38,4 nachzuweisen.

Das Kind war frisch totgeboren. Nach dem vorliegenden Aktenmaterial kann man mit Sicherheit sagen, dass es nicht lange Zeit vor der Geburt abgestorben sein kann, denn sonst hätte es Abschilferungen seiner Haut gezeigt. Es starb aber auch nicht erst mit den letzten Austreibungswehen ab, denn sonst hätte die Hebamme bei der Entwicklung des Kopfes noch irgendwie Lebenszeichen, z. B. Schlagen des Herzens, nachweisen können. Da weder eine Nabelschnurumschlingung, noch sonst irgend eine andere Ursache für das Absterben des Kindes sich ausfinden lässt, muss man annehmen, dass das Kind bereits zu Anfang der Geburt durch die tetanischen Zusammenziehungen der Gebärmutter abgestorben ist. Auch die Hebamme wusste keine andere Erklärung für das Absterben des Kindes anzugeben.

Bei der Geburt des in Steisslage befindlichen Kindes blieb der Kopf stecken; die Hebamme musste ihn durch einen mittelstarken Zug künstlich herausbefördern. Dieses Steckenbleiben des Kopfes ist um so auffälliger, als einerseits der Muttermund nach dem Befund der Hebamme bereits vorm Blasensprung vollständig erweitert war, und andererseits, als das Kind nur ein Gewicht von

2260 g. und einen Kopfumfang von 33 cm hatte, also als ein nicht ganz ausgetragenes Kind angesehen werden muss. Das Steckenbleiben kann sich nur durch eine tetanische Kontraktion des Muttermundes, einen sogenannten Spasmus des inneren Muttermundes, erklären, den man mit Vorliebe in den Fällen auftreten sieht, in denen bereits während der Geburt tetanische Wehen aufgetreten sind und bei denen eine Temperatursteigerung auf bestehende Infektion hinweist.

Es ist sehr leicht möglich, sogar durchaus wahrscheinlich, dass durch den Zug der Hebamme an dem Kinde ein Einriss in den Muttermund, ein sogenannter Cervixriss, erfolgt ist. Ich stimme darin vollständig mit der Ansicht des Herrn Bezirksarztes Dr. St. überein. Wie nun Dr. Sch. mit der Hand in die Geschlechtsteile einkam, kam er in den Riss und vergrösserte ihn beim Hinaufführen mit der Hand so, dass dabei auch das Bauchfell einriss und eine Kommunikation zwischen Gebärmutter und Bauchfell zustande kam.

Gegen die Annahme eines Cervixrisses durch das Herausziehen des Kopfes scheint zunächst der Umstand zu sprechen, dass nach der Geburt kein Blut aus der Scheide abging. Es kommen indess doch öfters Fälle vor, wo trotz eines grösseren Risses keine Blutung erfolgt, weil die grösseren Gefässe zufällig unverletzt geblieben sind.

Es muss übrigens auch zugegeben werden, dass bei dem Durchleiten des Kopfes sofort ein perforierender Riss mit Eröffnung der Bauchhöhle eingetreten ist. Bei solchen Rissen geht nicht selten kein Tropfen Blut nach aussen ab, weil alles Blut sich in die Bauchhöhle ergiesst. Wenn die Blutung nicht zu stark ist, können Stunden vergehen, bis die Hebamme und die Angehörigen irgend eine Veränderung an der Wöchnerin bemerken.

Wenn man annimmt, was von beiden Möglichkeiten weitaus das Wahrscheinlichere ist, dass bei der Geburt

nur ein Cervixriss entstanden ist, ist es nicht als eine grobe Fahrlässigkeit anzusehen, wenn der behandelnde Arzt einen solchen Riss nicht erkennt und wenn er durch Hinaufführen der Hand die unvollkommene Ruptur zu einer vollkommenen macht. Die Erkennung eines solchen Risses ist keineswegs so einfach, namentlich dann nicht, wenn im Augenblicke der Untersuchung die Gebärmutter schlaff und weich ist. Kleinere Einrisse treten bei den meisten Geburten auf, grössere werden, wenn nicht eine sehr grosse Erfahrung in den Dingen vorhanden ist, von dem Arzte sehr leicht verkannt. Es wird die verletzte Stelle abgetastet, um über den Befund ins Klare zu kommen und schon der geringe Druck des tastenden Fingers genügt, um das lockere Gewebe auseinander zu drängen und die unvollkommene Ruptur in eine vollkommene zu verwandeln. Wie leicht sich man beim Fühlen täuschen kann, beweist in diesem Falle gerade die Aussage des in geburtshilflichen Dingen sicherlich gut versierten Spezialarztes Dr. D., der bei der manuellen Lösung nur einen Riss in der Scheide, dagegen keinen Riss in der Gebärmutter selbst zu fühlen glaubte. Und trotzdem ergab die Sektion, dass der Riss ausschliesslich in der Gebärmutter und nicht in der Scheide sass.

Es gibt zweifellos Gebärmütter, die ausserordentlich rissig und brüchig sind; dass in diesem Falle ein solches Organ vorlag, dafür sprechen verschiedene Umstände.

I. Es bestand ein tiefer Sitz der Plazenta; bei der Anomalie ist gerade der untere Teil der Gebärmutter besonders gefässreich und aufgelockert und zum Einreissen mehr disponiert.

II. Es bestanden eine Infektion in den Geschlechtsteilen und tetanische Zusammenziehungen; zwei Momente, die die Uterusmuskulatur schädigen.

III. Es war bei den letzten 3 Geburten jedesmal eine manuelle Lösung der Plazenta wegen starker Blu-

tung nötig gewesen. Die Blutungen können bedingt gewesen sein, entweder dadurch, dass die Gebärmutter sich schlecht zusammengezogen hat, oder dass die Plazenta angewachsen war; beide Möglichkeiten sprechen für ein abnormes, in seiner physiologischen Funktion geschädigtes Organ.

Gegen eine abnorme Brüchigkeit des Gewebes spricht scheinbar der Befund des Bezirksarztes Dr. St. bei der Sektion. Er erwähnt in seinem Gutachten ausdrücklich, dass die Prüfung keine abnorme Brüchigkeit des unteren Teiles der Gebärmutter ergeben habe. Ueber die Art der Prüfung ist auf erneutes Befragen nichts Näheres angegeben worden, es wird nur die Festigkeit des Gewebes durch Zug mit der Hand geprüft worden sein. Eine solche Prüfung kann unmöglich als genügend anerkannt werden, um eine abnorme Brüchigkeit der Gebärmutter auszuschliessen, denn einmal ist es ausserordentlich schwer, die Festigkeit der Gebärmutter nach dem Tode exakt noch festzustellen; meistens gelingt es nicht einmal, durch genaueste mikroskopische Untersuchung, bei sicherlich spontanen Zerreissungen irgend eine Veränderung nachzuweisen, die eine Erklärung für die abnorme Brüchigkeit abgibt.

Wenn man sich auf Grund des Umstandes, dass nach der Geburt aus den Geschlechtsteilen kein Blut abgegangen ist, auf den Standpunkt stellt, dass weder eine grössere Verletzung durch den Durchtritt des kindlichen Kopfes, noch eine vollkommene Ruptur erfolgt ist, so kann man nur annehmen, dass die Zerreissung erst nachträglich bei dem Versuch der Plazentarlösung erfolgt ist. Jede manuelle Lösung der Plazenta erfordert bei dem Einführen der Hand und bei dem Abschälen des Gewebes einen gewissen Kraftaufwand. Eine normale Gebärmutter erträgt einen solchen Insult ohne weiteres. Wenn einem Arzte, der in seiner langjährigen Praxis sicherlich eine grosse Anzahl von manuellen Plazentar-

lösungen gemacht hat und dem bei der Ausführung der Operation eine besondere Unachtsamkeit nicht nachgewiesen werden kann, eine Zerreissung der Gebärmutter passiert, so kann das nur durch eine abnorme Brüchigkeit der Gewebe erklärt werden.

Der Bezirksarzt Dr. St. hat gemeint, es liege insofern eine Fahrlässigkeit des behandelnden Arztes vor, als er nach Erkennung der perforierenden Gebärmutterzerreissung die Darmschlingen in die Scheide hereingezogen und betrachtet habe. Es sei dadurch die Infektionsmöglichkeit der Bauchhöhle wesentlich gesteigert worden. Darauf ist zu erwidern, dass durch dieses Vorziehen des Darmes oder Netzes eine weitere Schädigung tatsächlich nicht erfolgt ist, auch ist an sich schon die Infektionsgefahr für die Bauchhöhle bei einer perforierenden Gebärmutterzerreissung so gross, dass sie nicht wesentlich mehr durch das Hereinziehen einer Darmschlinge gesteigert werden kann. Ausserdem hat die Infektion in diesem Falle für die Frau ja gar keine Rolle gespielt, indem der Tod nicht an Infektion, sondern an Verblutung infolge der Zerreissung erfolgt ist.

Auch darin kann ich keine Fahrlässigkeit erblicken, wie der Bezirksarzt meint, dass der behandelnde Arzt die Nachgeburt nicht gelöst hat. Die Lösung war von dem Arzte Dr. Sch. deswegen nur versucht worden, weil die Nachgeburt 2—3 Stunden nach der Geburt noch nicht von selber gekommen war. Es war also nicht die Blutung der Grund zur Auslösung, sondern das Festsitzen der Nachgeburt. Da der Uterus ausserdem immer als gut kontrahiert bezeichnet wird, kann man sicher sagen, dass keine Blutung aus der Nachgeburt erfolgt ist, dass also auch nach der Feststellung der Ruptur gar kein Grund für den Arzt vorlag, die Nachgeburt zu lösen. Die Zerreissung allein genügt vollkommen, um die Blutung und Verblutung zu erklären.

Der Arzt hat nach der Feststellung der Ruptur getan, was er tun konnte. Er hat die Frau tamponiert, er hat sofort Sorge getragen, dass ein Spezialarzt zu ihr kam, bezw. dass sie in die Klinik überführt wurde. Er ist ferner bei ihr geblieben und hat sich ihrer, soweit dies überhaupt bei dieser Situation möglich ist, angenommen.

Es ist ein unglücklicher Zufall, dass es Dr. D. erst möglich war, gegen 4 Uhr zu der Frau zu kommen. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass, wenn der Ehemann eine sofortige Ueberführung in die Klinik des Spezialarztes erlaubt hätte, die Frau noch durch eine Operation hätte gerettet werden können. Draussen allein mit der Hebamme blieb Dr. Sch. gar nichts übrig, als die Frau zu tamponieren und zuzuwarten.

Ich fasse demnach mein Gutachten dahin zusammen: Es ist nicht ausgeschlossen, dass bereits eine vollkommene Ruptur bei der Geburt erfolgt ist, wahrscheinlicher ist es indess, dass bei dem Durchziehen des Kopfes ein tiefer Cervixriss entstand, der bei dem Versuch, die Plazenta zu lösen, sich vergrösserte und zum Einreissen des Bauchfelles führte, ohne dass dabei die notwendige Aufmerksamkeit ausser Acht gelassen worden wäre. Wenn der Riss erst bei dem Versuch, die Hand in die Gebärmutter einzuführen, entstanden ist, so muss man eine ganz abnorme Brüchigkeit und Zerreisslichkeit des Gewebes annehmen, wofür der Arzt unmöglich haftbar gemacht werden kann.

Fall II. Perforation der Scheide beim Versuch der manuellen Plazentarlösung, Eindringen der Hand in die Bauchhöhle, Setzen einer Darmscheidenfistel, Laparotomie, Heilung.

M. R., 21½ Jahre alt, aufgenommen 29. VI. 09.

Diagnose: Darmscheidenfistel.

Anamnestisch ist hervorgehoben: I. Partus 22. Mai 08. Kind nach 2 Stunden gestorben. Am 8. April 09

stürzt Patientin 5 Stufen einer Treppe hinab. 14 Tage danach bemerkt sie Abgang von Fruchtwasser. Frühgeburt am 22. Mai ohne Komplikation. Die Hebamme erklärt nach längeren Versuchen, die Plazenta zu lösen, dieselbe sei angewachsen. Dr. B., derzeitiger Vertreter des Hausarztes Dr. J., macht vergebliche Versuche, die Plazenta manuell zu lösen. Erst dem sodann telephonisch herbeigerufenen Spezialarzt Dr. Sch. gelingt deren Entfernung.

Aus einem Schreiben, das der Spezialarzt Dr. Sch. an die Klinik richtete, ersehen wir folgendes: Dr. Sch. fand die Frau schwer collabiert und mit gespanntem Leib und kleinem fadenförmigen Puls vor. Aus der Vagina hing Netz heraus und in der Scheide lagen Dünndarmschlingen. Das ganze linksseitige Scheidengewölbe war total zerrissen und zerfetzt. Der Uterus war nach rechts und hoch nach oben verdrängt, der Muttermund in Narkose kaum für 2 Finger durchgängig. Er entfernte mit den Fingern die noch festhaftende Plazenta und tamponierte nach Reposition der Darmschlingen und des Netzes. Bei dem elenden Zustande der Patientin und der ärmlichen Umgebung erschien ihm eine Laparotomie nicht gestattet.

5 Tage nach der Geburt bemerkt Patientin Kotabgang aus der Scheide. Nach Angabe der Patientin hatte sie kein Fieber, bekam aber nach 3 Wochen eine Unterleibsentzündung, während der sie heftige Schmerzen hatte und die zirka 10 Tage dauerte. Nach Angabe des Arztes seit einer Woche fieberfrei.

Status: Kleine, stark abgemagerte Frau von kindlichem Habitus. Hautfarbe und sichtbare Schleimhäute sehr blass. Muskulatur gering entwickelt, Fettpolster fast gar nicht vorhanden. Reflexe normal. Herz und Lunge o. B. Hämoglob. 70—80%. Urin: E. —, Z. —. Abdomen flach, nirgends druckempfindlich, Leber und Milz nicht palpabel.

Gynäkologischer Befund: Damm erhalten, Scheideneingang eng. Scheide ziemlich weit, mit festen Kotballen angefüllt. An Stelle der Port. vagin. findet sich ein derbes, zerklüftetes, narbiges Gewebe; ein Muttermund ist in diesem Gewebe nicht abzutasten. Direkt dahinter im hinteren Scheidengewölbe kommt der touchierende Finger in eine Fistelöffnung, aus der sich Kot entleert. Per rectum gelingt es nicht, die oben beschriebene Fistelöffnung zu erreichen, auch fliesst aus ihr ins Rectum eingelassene Spülflüssigkeit nicht ab.

Operation am 8. VII. 09. (Prof. Jung.)

Auf Grund der Untersuchung wird angenommen, dass die Scheidenfistel in den unteren Teil des Dickdarms, wahrscheinlich in die Flexur einmündet. Von der Scheide ist es ausgeschlossen, die Operation vorzunehmen und es wird deshalb die Laparotomie beschlossen.

Längsschnitt vom Nabel bis zur Symphyse. Nach Eröffnung der Bauchhöhle liegt zunächst Netz und Darm fest verwachsen im kleinen Becken vor. Das Netz lässt sich leicht lösen, einzelne blutende Stellen werden durch Ligaturen versorgt. Es zeigt sich, dass das Coecum samt Processus bis nach links hinübergezogen und fest verwachsen ist. In ziemlich langwieriger und mühevoller Arbeit gelingt es, das Coecum abzulösen und noch einige fest verwachsene Dünndarmschlingen zu lösen und frei zu machen. Bei weiteren Versuchen, in die Tiefe zu dringen, bricht der Finger in eine mit Granulationen gefüllte Höhle ein, welche in das Loch am linken Scheidengewölbe mündet. Eine genaue Revision ergibt nun, dass tatsächlich der zuführende Schenkel zu dieser Höhle die Flexur, und dass der abführende Schenkel neben dem Loch die Vagina ist. Ohne grosse Mühe wird zunächst der oben zuführende Schenkel aus seinen Verwachsungen weiter gelöst. Er wird in seinem ganzen Umfange mit Seidenknopfnähten versehen und zunächst beiseite gelegt. Hierauf wird daran gegangen, auch das

untere, abführende Ende zu mobilisieren; dies gelingt nur mühsam und bloss auf eine kurze Strecke. Die Wand wird an den zuführenden Enden mit Fäden gefasst und ins Rectum gezogen. Dabei wird das zuführende Ende in das abführende ziemlich tief hineingestülpt und mit der Kornzange fixiert gehalten. Darauf werden die beiden Darmstücke in langer, mühsamer Arbeit in ihrem ganzen Umfange zunächst durch dünne Seidenknopfnähte vereinigt und darüber eine sero-seröse Naht gelegt, sodass schliesslich ein vollkommener Abschluss des Darmes hergestellt ist. Rings um die Stelle wird lose Xeroformgaze gelegt und zu dem Loch in der Scheide herausgeleitet. Darauf wird die Bauchhöhle in üblicher Weise in Etagen geschlossen. Operationsdauer 1 Stunde 50 Minuten.

Am 16. September wird die Patientin geheilt entlassen. (Verzögert wurde die Heilung durch eine im hinteren linken Scheidengewölbe bestehende Fistel mit starker Sekretion, die sich erst am 4. September als eine durch frisches Narbengewebe geschlossene trichterförmige Vertiefung präsentierte.)

Klage wurde auf Belehrung in der Klinik hin nicht gestellt.

Es wäre im Falle einer Klage zu erörtern, ob erstens Dr. B. an der schweren Verletzung, die die Frau erlitt, die Schuld trägt, ferner ob er überhaupt bei der Ausführung seines Eingriffes fahrlässig gehandelt hat.

Leider fehlen uns in diesem Falle, da es, wie gesagt, zu keiner Klage kam, die wichtigsten Faktoren zu einer genaueren Beurteilung aller in Frage kommenden Momente: Die Aussage der Hebamme und nicht zuletzt ein ausführlicher Bericht des Arztes, dem das Unglück passierte.

Dass etwa der Scheidenriss durch den durchtretenden Kopf des Kindes entstanden sein könne, ist wohl mit Sicherheit auszuschliessen, denn es handelte sich um eine 7monatliche Frühgeburt, die wohl kaum, auch nicht

bei einer I. Para, eine derartige Verletzung bei ihrem Durchtritt setzen dürfte. Profuse Blutung, die sich unmittelbar an die Geburt angeschlossen hätte, würde die Hebamme wohl sicher darüber belehrt haben, dass Gefahr im Verzuge sei. Davon ist aber, wie überhaupt in der ganzen Anamnese, keine Rede.

Nun erfahren wir aber, dass die Hebamme „längere Versuche" gemacht hat, die Plazenta zu lösen; welcher Art diese Versuche waren, wissen wir aber nicht. Das ist aber als möglich nicht von der Hand zu weisen, dass schon vor dem Eintreffen des Arztes durch die — wahrscheinlich doch forcierten — wiederholten Manipulationen, eine Schädigung, wenn nicht Verletzung des Gebärschlauches kann hervorgerufen worden sein. Es fehlt eben leider ein Protokoll über die Tätigkeit der Hebamme in diesem Fall. Sicherlich haben aber doch deren wiederholte vergebliche Versuche Schädigungen hervorrufen müssen, die im Unterlassungsfall wohl weggeblieben wären. Auch ist die Möglichkeit nicht zu bestreiten, dass schon durch die Hebamme ein vielleicht kleiner Einriss in die Scheidenwand gebildet wurde. Dann wäre es wohl zu denken, dass die Hand des jungen, wohl noch nicht mit grösserer Erfahrung ausgerüsteten Vertreters des Hausarztes an diese verhängnisvolle Stelle geraten konnte. Bei dem überaus aufgelockerten Gewebe, wie es die Geburtswege noch kurz nach bestandenem Partus aufweisen, ist diese Annahme nicht auszuschliessen. Bei weiterem Vordringen könnte sich dann die Ruptur erweitert haben und so das Unglück entstanden sein. Auf keinen Fall können wir aber mit Bestimmtheit die Schuld dem Arzt zusprechen, der gezwungen war, eine längere Zeit hindurch von fremder Hand versuchte Plazentarlösung zu Ende zu führen. Es ist also festgestellt, dass den betreffenden Arzt eine direkte Schuld an der Verletzung der Wöchnerin nicht nachgewiesen werden kann. Also auch von dem Vorwurf der

Fahrlässigkeit wäre der Arzt wohl sicher freizusprechen, wenn es zur Klage gekommen wäre. Denn er hat in diesem Falle, als er sah, dass seine Versuche, die Plazenta zu entfernen, dauernd fehlschlugen, das einzig Richtige getan, einen zweiten und zwar Spezialarzt beigezogen. Er hat somit nichts versäumt, was zum Wohl der Wöchnerin geschehen konnte.

Was aber die Ausführung seiner Operation anbetrifft, so handelt es sich hier um ein Missgeschick, das selbst schon geübten Spezialärzten widerfahren ist. Bei der grössten Sorgfalt und bei umsichtigstem Vorgehen kann es passieren, dass die Hand in das zur Zeit ganz beträchtlich aufgelockerte Gewebe, das ausserdem oft eine schwerere Brüchigkeit aufweisen kann, einbricht. Dies beweisen, wie eingangs erwähnt, genugsam Fälle aus der Literatur.

Ein Mangel in unserer Rechtspflege fällt bei den meisten dieser und ähnlicher Fälle ins Auge, der für den angeklagten Arzt schwer ins Gewicht fällt, u. U. für seine Existenz von entscheidender Bedeutung sein kann. Das ist das Fehlen einer gesetzlich bestimmten Voruntersuchung und zwar unter Beiziehung eines Frauenarztes. Oesterreich hat diesen Schritt schon 1903 getan. In einer Verfügung des Justizministeriums an alle Oberstaatsanwaltschaften heisst es:

„In Straffällen, in welchen es sich um Feststellung eines von einem Arzte begangenen Kunstfehlers handelt, wird es sich in der Regel empfehlen, die Einholung eines Fakultätsgutachtens zu veranlassen, sofern nicht den begutachtenden Gerichtsärzten eine anerkannte Autorität auf dem betreffenden Gebiete der Heilkunde zukommt und der Fall nach der Sachlage zu keinen Zweifeln Anlass gibt. Es empfiehlt sich ferner, schon im Vorverfahren die Frage des Verschuldens vollkommen klarzustellen, um nicht den beschuldigten Arzt selbst im Falle

eines durch Freispruch endenden Hauptverfahrens in seinem Ansehen schwer zu schädigen und den ärztlichen Stand keiner ungerechtfertigten Kritik in der öffentlichen Meinung auszusetzen."

Es fehlt nicht an gewichtigen Stimmen, die dieser vorzüglichen Bestimmung auch im deutschen Strafgesetz Eingang zu verschaffen suchen, — bis jetzt leider ungehört.

Dührssen z. B. fordert, dass vor Erhebung der Anklage mindestens ein von dem Angeschuldigten vorgeschlagener Sachverständiger zu vernehmen ist, der festzustellen hätte, ob die Operation, bezw. Behandlung vernünftig oder gut ausgeführt war.

Auch Pinard hält es nach eingehender Darlegung eines einschlägigen Falles (die verurteilte Hebamme hatte eine schwere innere Blutung nicht erkannt, die aufgetretene Unruhe für Ungezogenheit, Gesichtsmuskelkrämpfe für absichtliche Grimassen gehalten und hatte die Wöchnerin verlassen, die sich verblutete), für notwendig, dass die Einrichtung eines „ärztlichen Anwalts" für solche und ähnliche Fälle getroffen werde.

Ahlfeld schildert seine eigenen trüben Erfahrungen, die er auf diesem Gebiete hat selbst sammeln müssen und die ihn zu der berechtigten Forderung zwingen: dass bei Prozessen gegen Aerzte wegen Fahrlässigkeit, mindestens in den Fällen, deren Verhandlung dem Landgericht oder Schwurgericht zusteht, schon in der Voruntersuchung die Mithilfe eines sachverständigen Arztes benutzt werde. In zweifelhaften Fällen wäre vor Eröffnung der Anklage ein Fakultätsgutachten einzuziehen.

Literatur.

Säxinger, Maschkas Handbuch der gerichtlichen Medizin.
Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 524.
v. Winkel, Handbuch der Geburtshilfe. Centralblatt der Gynäkologie.

Lebenslauf.

Ich, Karl Otto Stock, wurde am 4. Dezember 1878 geboren als Sohn des städt. Beamten Emil Stock und seiner Ehefrau Louise, geb. Harzbecker, zu Weimar. Im Jahr 1883 besuchte ich die Volksschule daselbst, sodann bis 1891 das dortige Realgymnasium. Hierauf erhielt ich Unterricht am humanistischen Gymnasium, woselbst ich Ostern 1898 die Reifeprüfung bestand. Ich widmete mich sodann dem Studium der Medizin und studierte an den Universitäten Jena (4), Würzburg (3), Marburg (5), Jena (6) und Erlangen, wo ich Ende Mai 1909 die ärztliche Staatsprüfung bestand. Mein Medizinalpraktikantenjahr legte ich ab an der chirurgischen und inneren Poliklinik zu Erlangen, sowie an der Lungenheilstätte Ambrock bei Hagen i. W.